**Demande de transports**

**à l’école régulière, pour les sorties, les activités sportives ou les camps**

**à l’attention d’élèves à besoins spécifiques**

**À retourner à l’inspecteur-trice référent-e MR de la région par courrier ou par courriel**

**Informations sur la demande** *(à remplir par les parents et l’établissement scolaire)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de demande / Compléter un formulaire par type de demande** | | | |
| Nouvelle demande (trajet domicile-école)   Prolongation (trajet domicile-école)  Camp (joindre un devis)  Activité sportive/sortie  **Période concernée** : Date de début :       Date de fin : | | | |
| **Coordonnées de la personne à transporter** | | | |
| NOM, Prénom :  Date de naissance :  Sexe : M F  Nom et prénom des parents/représentants légaux :  Adresse du domicile légal:  N° de téléphone:       Adresse mail: | | | |
| **Etablissement scolaire** | | | |
| Nom de l’établissement scolaire:  Nom et prénom du référent transports de l’établissement (membre Cdir):  Adresse mail du référent transports de l’établissement :  Intégration totale  Intégration partielle, préciser le nom de l’école spécialisée : | | | |
| **Descriptif du transport** | | | |
| **Trajets** | **Heures/Jour** | **Type de lieu (école, domicile, piscine…)** | **adresse** |
| **Départ :** | /       / |  |  |
| **Arrivée :** | /       / |  |  |
| **Nombre de km par trajet :**       **Nombre de trajets hebdomadaires :** | | | |
| **Mode de transport** (plusieurs solutions et mixité des modes de tranports possibles) :   * *Privilégier le transport scolaire organisé par la commune* * *Demander la collaboration, même partielle des parents, envisager la préparation à l’autonomie* * *Définir les modalités de déplacement selon les critères déterminants de la Directive Transport (âge, distance, trouble/déficience invalidant pour les déplacements, dangerosité du parcours)*   Transports publics  Véhicule des parents chf 0.45ct/km  Transports scolaires (entr. transports)  Véhicule équipé (fauteuil roulant) | | | |
| **Raison du transport (justificatifs médicaux à joindre)** | | | |
| Mesure de pédagogie spécialisée (à préciser)  Autre (à préciser) | | | |
| Date :  Signature des parents/représentants légaux : …………………………………………………………… | | | |

|  |
| --- |
| **A compléter par l’inspecteur-trice référent-e MR** |
| L’élève bénéficie-t-il d’autres mesures d’enseignement spécialisé :  NON OUI (à préciser)  Demande acceptée  Demande acceptée avec modifications  Demande refusée  Commentaires :  Nom de l’inspecteur-trice référent-e MR **:**  Date :       Signature : …………………………………………………………  **A retourner au secrétariat de l’OSPES :** [**dgeo-dp.ospes@vd.ch**](mailto:dgeo-dp.ospes@vd.ch) |
| **A compléter par l’OFC-DOFSI** |
| Nom entreprise transports :  N° de téléphone :  Nbre de trajets hebdomadaires remboursés:  Tarif conventionné au km (hors TVA):  Avis favorable  Avis favorable avec modification  Avis défavorable  Commentaires :  Nom de la personne en charge du dossier:  Date :       Signature : ………………………………………………………… |